Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w blednicy oraz kilka uwag leczniczych.

Opracowali

Dr. Buzdygan i prof. Dr. Gluziński,

(Odczyt miany na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.)

Ostatni dziesiątek lat przyniósł medycynie wewnętrznéj zdobycz niemałéj wagi: dokładne poznanie czynności tak fizyjologicznych jak i patologicznych żołądka. Pompa żołądkowa poucza nas w każdéj chwili o mechanizmie i chemizmie trawienia, a mikroskop dopełnia badania. Wobec tak ułatwionych środków badania szybko wzrastała nauka o trawieniu żołądkowém i dziś poznano ją już dosyć szczegółowo. Z chlubą możemy się poszczycić, że uczeni nasi samodzielnie znaczną część dzieła zbudowali, a imiona: Reichmanna, Korczyńskiego, Jaworskiego, Gluzińskiego pięknie będą zapisane obok imion: Leubego, Ewalda, Riegla, Klemperera, Boasa i innych badaczy niemieckich. Dzięki tym odkryciom i leczenie chorób żołądka weszło na racyjonalniejszą drogę.

Sprawa trawienia zależy nietylko od stanu (zdrowia lub choroby) samego narządu, t. j. gruczołów trawieńcowych,

błony śluzowéj, błony mięsnéj i innerwacyi żołądka, nietylko od jakości pokarmów doń wprowadzonych, ale zarazem od tego, czy inne narządy są zdrowe lub chore, bo żołądek stanowi z niemi całość jednolitą. Ztąd zaburzenia w którymkolwiek narządzie, jedne mniéj, inne więcéj, ale zawsze wybijają swoje piętno na narządzie trawienia. Ważną więc jest rzeczą poznać ten wpływ różnych chorób na sprawę trawienia.

W tym kierunku mamy już prac wiele o trawieniu żołądkowém w rozmaitych chorobach: w chorobach gorączkowych Wolframa-Glużińskiego (Przegl. Lek. 1885; *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1886), w chorobach serca, Grossmanna Strümpella, Hüffnera, Adlera, Sterna (*Berlin. klin. Woch.* 1889), w chorobach płucnych: Briegera: (*Deut. med. Woch.* 1889, str. 269). Hildebrandta (*Deutsch. med. Woch.* 1889, Nr. 15) Chełmińskiego (*Revue de médecine* 1889), Klemperera (*Berl. kl. Woch.* 1889), w melancholii v. Nordena, w cukrówce Rosensteina (*Berl. kl. Woch.* Nr. 13 r. 1890), w chorobach nerwowych i umysłowych Leibuschera (*X Kongres medycyn. wew. w Wiesbadenie* r. 1891), w chorobach nerkowych Biernackiego (*Przegl. Lek.* Nr. 1—4 z r. 1891).

Daleko mniéj prac mamy o trawieniu w różnych rodzajach niedokrewności a sprawa ta jest ważna, bo w tych stanach przypady żołądkowe dominują często nad innemi.

W początku roku bieżącego rozpoczęliśmy w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego wspólnie z kolegą prof. Glużińskim, szereg ścisłych badań, z których dzisiaj mamy zamiar zdać tylko krótko tymczasowo sprawę, ze względu, że pracę naszą jeszcze daléj zamyślamy prowadzić.

Używaliśmy metody podanéj przez Jaworskiego—Glużińskiego, która wprawdzie nie wolna od zarzutów, ma jednak tę zaletę, że pozwala poznać cały przebieg trawienia istot białkowatych (t. j. białka z jaja kurzego) bądźcobądź najważniejszego pokarmu dla trawienia żołądkowego.

Nie będę przytaczał ani liczb, ani historyj chorób, zostawiając to aż do chwili ogłoszenia obszerniejszéj pracy, jaką później z kol. Gluzińskim podamy, dziś przedstawię tylko ostateczne wyniki, otrzymane z badań dotychczasowych.

Badania te czyniliśmy w rozmaitych rodzajach niedokrewności; jużto w niedokrewności ostréj n. p. po krwotokach macicznych, z guzów krwawnicowych, jużto w niedokrewnościach, które powstały wskutek długotrwałéj skazy n. p. w chérze zimniczéj, a głównie uwagę zwróciliśmy na blednicę. Że badania w tym kierunku były potrzebne, dowodzą tego niejasne zdania, jakie dotąd w nauce o trawieniu w tych stanach chorobowych panują, jak również tak częste przypady żołądkowe, które zmusiły autorów do nadania nazwy pewnéj postaci blednicy „*Chlorosis dyspeptica*“.

Nie myślimy tu podawać całego szeregu notat z literatury, bo czas na to za krótki, główne jednak okoliczności musimy przytoczyć, aby uwidocznić, co doświadczenia nasze nowego wykazały.

Manassein (*Virch. Arch. t.* 55, str. 453) w pracy swojéj wykonanéj na psach, u których przez upust krwi wywoływał niedokrewność ostrą, dochodzi tylko do wniosku: „*Der künstliche Magensaft aus der Magenschleimhaut der acut anaemischen Thiere bereitet, verdaut das Fibrin zuweilen besser, zuweilen schlechter, als eben solcher aus der Magenschleimhaut der gesunden Thiere bereiteter Magensaft*“.

Zander (*Virch. Arch. t.* 84, str. 177) więcéj teoretycznie udowadnia, że przyczyną blednicy jest brak HCl w żołądku, który sprawia upośledzenie wchłaniania żelaza znajdującego się w pokarmach.

Rosenbach (*Deutsch. med. Woch.* 1883) znów twierdzi, że nie brak HCl, ale wprost upośledzone wchłanianie w żołądku jest przyczyną blednicy. Podobne zdanie wypowiada Dujardin-Beaumetz (*Reflexion sur l'emploie du fer dans le traitement de la chlorose — Bullet. genéral de thérapie* 1876). Zdania te wypowiedziano przed czasem, od którego rozpoczyna się ściślejsze badanie czynności

żołądka sposobami nowemi t. j. rozbiorami treści wydobytéj z żołądka zapomocą zgłębnika, jużto przy użyciu przytém próby befstykowéj Leubego lub Riegla, śniadania Ewalda, Reichmanna, Klemperera, jużto wreszcie metody białkowéj Gluzińskiego-Jaworskiego.

Z tego czasu prac do przedmiotu poruszonego ściśle się odnoszących niema a może ich nie znamy, a tylko w pracy Neussera: „*Ueber Anaemien mit besonderer Berücksichtigung der Differentianaldiagnose*“ (*Wien. med. Presse* Nr. 6—10 z r. 1890) znajdujemy wzmiankę: „*dass sekretorische Hyperaciditát oder Hyperchlorie, wie auch das Fehlen der Salzsäure, (die Achlorie), weitaus das seltenere — die Herabsetzung der Salzsäure (Hypochlorie) das häufigere Vorkommniss darstellen*“.

Doświadczenia nasze opierają się na 14 przypadkach obserwowanych od 1—5 miesięcy, badanych codziennie, lub też w końcu przy dłuższéj obserwacyi, co kilka dni, tak że liczba dokonanych rozbiorów wynosi kilkaset. Przypadki te rozdzielają się na następujące kategoryje. Dwa przypadki niedokrewności ostréj po krwotokach. Jeden przypadek ciężkiéj niedokrewności u mężczyzny bez przyczyny wykazać się dającéj. Jeden z chérą zimniczą. Dziesięć przypadków czystéj blednicy u kobiet od 16—30 lat.

W ostréj niedokrewności, powstałéj z powodu krwotoku z polipa macicy, trawienie zachowywało się tak co do mechanizmu, jak i chemizmu prawidłowo. Natomiast w przypadku przewlekłego krwawienia przez lat kilka z guzów krwawnicowych znaleźliśmy chemizm znacznie upośledzony, bo rzadko kiedy HCl można było wykazać, również stwierdziliśmy upośledzenie siły mechanicznéj.

Z tych dwu przypadków nie chcemy czynić wniosku, jakkolwiek on się sam nasuwa, że niedokrewność ostro powstała pozostaje bez wpływu, zaś zwolna powstająca i czas dłuższy trwająca w znacznym stopniu upośledza funkcyje tak chemiczne, jak i mechaniczne żołądka.

W przypadku chéry zimniczéj i to znacznego stopnia z bardzo dużą śledzioną, bo zajmującą prawie $^1/_3$

część jamy brzusznéj, wydzielanie HCl przez cały ciąg obserwacyi 2 miesięcznéj było zniesione, a mimo to stan ogólny znacznie się poprawił: śledziona o połowę się zmniejszyła a ciężar ciała podniósł się o 2·75 kilogr., ilość hemoglobiny powiększyła się z 50% na 70%. W żołądku tym znajdowała się nadto zawsze większa ilość śluzu, treść trudno było można wydobyć, najczęściéj aspirowano żółć; czyli że mieliśmy obraz *Caturrhus ventriculi mucosus* wskutek prawdopodobnie częściowego zaniku błony śluzowéj żołądka i niedomykalności odźwiernika.

Przypadek ten, jakkolwiek jako odosobniony, nie pozwala wyciągnąć stałego prawidła dla zachowania się trawienia w niedokrewności powstałéj wskutek chéry zimniczéj, mimo to jednak ma on dla nas znaczenie. Świadczy bowiem, że mimo braku HCl i prawie nie zatrzymywania się pokarmów w żołądku wskutek niedomykalności odźwiernika, człowiek przy wyłączném trawieniu kiszkowém nietylko może istnieć, ale nawet przybierać na wadze. Potwierdza to zdanie wypowiedziane jeszcze w r. 1884 przez Jaworskiego i Gluzińskiego, że żołądek zdaje się służyć więcéj za zbiornik i desinfektor, aniżeli digestor.

W przypadkach czystéj blednicy — a rozpoznawaliśmy ją po wykluczeniu przypadków, któreby jakąkolwiek nasuwały wątpliwość, trawienie żołądkowe zachowywało się w pewnym kierunku w ten sposób, jak wspomina Neusser t. j. u jednych spotykaliśmy achloryję, u innych hypochloryję a wreszcie hyperchloryję. Jednak stosunek ich do siebie był inny, niż u Neussera. Na 10 bowiem przypadków blednicy przypada: dwa na achloryję i to powstałą wśród obserwacyi; trzy na *hypersecretio acida digestiva*, pięć zaś na prawidłowe wydzielanie HCl. Natomiast funkcyja mechaniczna z wyjątkiem czterech wszędzie była upośledzoną.

Z tego zestawienia wynika, że nie upośledzenie wydzielnicze HCl przeważa w blednicy, jak to podnosi Neusser, jak się tego domyśla Zander, budując na tém teoryję

całą o blednicy, lecz albo sok prawidłowy, albo téż z nadmierném wydzielaniem HCl jest najczęstszém zjawiskiem.

Wszystkie nasze chore, jakto zwykle bywa w blednicy, uskarżały się na rozmaite przypadłości żołądkowe, notowaliśmy takowe skrzętnie, aby je módz zestawić z wynikami przedmiotowego badania.

Trzy chore obok wspólnych z innemi przypadłości, jak braku łaknienia, odbijań, gniecenia, uskarżały się przeważnie na bóle mniejsze lub większe, częściéj lub rzadziéj się pojawiające, jużto rzadziéj naczczo, zwykle we 2—3 godzin po jedzeniu. Były to przypadki z *hypersecretio acida digestiva*. W innych przypadkach podmiotowe uczucia miały podstawę jużto w braku HCl, jużto w upośledzeniu czynności mechanicznéj żołądka. Jedném słowém objawy podmiotowe, na które się uskarżają osoby blednicze, mają podstawę w zmianach funkcyj żołądka, a wypadałoby się tylko zastanowić o ile te dwie zmiany tj. blednica i zmiany w żołądku stoją w związku przyczynowym.

Teoretycznie zaprzeczyć nie można, że podobnie zmieniony skład krwi jak w blednicy musi wywierać wpływ na skład rozmaitych wydzielin, a więc i soku żołądkowego. Z drugiéj strony należy się zastanowić, czy pewna zmiana w przewodzie pokarmowym a zwłaszcza w żołądku nie może być przyczyną usposabiającą, wywołującą a może tylko podtrzymującą blednicę. Że myśl ta już niejednemu przychodziła, dość powołać się na wyżéj przytoczoną teoryję blednicy Zandera i na zapatrywania się Dujardin-Beaumetza i Rosenbacha na blednicę.

Na podstawie wyniku badania, a w szczególności wyniku leczenia, jakie u naszych chorych zastosowaliśmy (leczenia wynikłego już z rozumowania, jakie zaraz przedstawimy) przyszliśmy do wniosku, że w każdym razie w znacznéj części przypadków, które dziś uważamy za blednicę i jako taką dotychczasowemi sposobami leczymy — trawienie żołądkowe gra niepoślednią rolę, pośrednio, czy bezpośrednio. Jako podstawę wyjścia naszego rozumowania uważać musimy upośledzenie czynności mechanicznéj

żołądka, którą w znacznéj liczbie przypadków u naszych chorych stwierdziliśmy, a które może być właśnie wynikiem istniejącéj blednicy. Upośledzony ten mechanizm żołądka jest przyczyną, że bardzo często u chorych badanych naczczo rano znajdowaliśmy resztki pokarmów, dnia poprzedniego spożytych, treść w początkach badania kwaśno oddziaływającą, która zawierała peptony i propeptony. Nieopróżnianie żołądka w należytym czasie, pozostawanie pokarmów dłużéj już wystarczy, jakto inne przypadki pouczają, do wywołania rozlicznych przypadłości żołądkowych jak: gniecenia, braku łaknienia, a w dalszém następstwie, gdy stan taki trwa dłużéj, przez drażnienie błony śluzowéj może wystąpić i zboczenie w chemizmie trawienia żołądkowego wywołując nadmierne wydzielanie HCl.

Zboczenia te, w trawieniu jeżeli je będziemy uważali za następowe, muszą podtrzymywać blednicę, bo pociągają za sobą upośledzenie łaknienia, nieprawidłowe trawienie spożytych pokarmów, a co zatém idzie i upośledzanie odżywienia. Że tu również i upośledzone wessanie gra pewną rolę, należy się spodziewać, jakkolwiek w tym kierunku doświadczeń nie dokonywaliśmy. Upośledzony zatem dowóz pokarmów a prawdopodobnie i upośledzone wchłanianie ich jest ważnym czynnikiem wprawdzie nie w powstawaniu, ale w trwaniu blednicy. W tym kierunku zgodziéby się należało z rozumowaniem Dujardin-Beaumetza, który podnosi ten fakt, że gdyby trawienie żołądkowe i wessanie odbywały się prawidłowo, nie potrzebowalibyśmy podawać żelaza, bo w pokarmach, jakie codziennie zdrowy człowiek wprowadza do żołądka, znajduje się takowego daleko więcéj, niż w dawkach, które jako środek leczniczy przepisujemy.

Zachowanie się więc funkcyj żołądka w blednicy musi rzeczywiście odgrywać dość ważną rolę i w leczeniu téj choroby; nie szablonowe podawanie żelaza, lecz uwzględnienie tego zboczenia zasługuje na uwagę.

Od kilku lat raczéj na podstawie obserwacyi i rozumowania, aniżeli polegając na bezpośredniem doświadczeniu, które

dopiero dziś zdobywamy, stósował jeden z nas w odpowiednich przypadkach blednicy leczenie stanu żołądka a wyniki potwierdzają niniejsze zapatrywania. Dodatnie rezultaty, jakie również otrzymaliśmy u 10 naszych chorych, z których niektóre poprzednio leczono przez długi czas różnemi przetworami żelazistemi, wdechiwaniami tlenu bez skutku — potwierdzają nasze zapatrywania, a liczby, jakie w krótkości przytoczymy, będą wymownym tego dowodem. Leczenie nasze polegało na codzienném ranném przepłókiwaniu żołądka, aby go uwolnić od zalegających resztek pokarmów i produktów trawienia. Przypadki te są następujące:

1. Pepi Apfelbaum l. 16 od pół roku chora, leczona 3 tygodnie, przybytek na wa lze 1·5 kilogr. Hemoglobina podniosła się z 28% na 36%.

2. Wojnarska Józefa lat 18, od 5 lat chora, leczona 10 tygodni, przybyt. na wadze 10·5 kilogr. Hemoglobina z 24%—47%.

3. Ustyanowicz Wanda l. 21 od pół roku chora, leczona 5 tygodni, przybytek na wadze 2 kilogr. Hemogl. z 40%—50%.

4. Gałczyńska Józefa l. 19 od kilku lat chora, leczona 9 tygodni, przybytek na wadze 9 kilogr. Hemoglobina z 20%—45%.

5. Tekla Bandura l. 22 od 4 lat chora, leczona 8 tygodni, przybytek na wadze 4·3 kilogr. Hemogl. z 58%—75%.

6. Matusiak Agneszka l. 23 od 4 lat chora, leczona 5 tygodni, przybytek na wadze 9·6 kilgr. Hemogl. z 43%—65%.

6. Stepkowska Balbina l. 28 chora od wielu lat, leczona 4 tygodnie, przybytek na wadze 4 kilgr. Hemoglob. z 40%—65%.

8. Nowak Anna l. 30 chora od wielu lat, leczona 8 tygodni, przybytek na wadze 4 kilgr. Hemoglobina z 65%—70%.

9. i 10. ambulantki.

Dalecy jesteśmy od jednostronnego zapatrywania, że leczenie stanu żołądka we wszystkich przypadkach blednicy musi okazać dodatni wynik, doświadczenia nasze jednak pouczają, że przypady żołądkowe, na które się skarżą osoby blednicą dotknięte, mają swoją podstawę i w leczeniu należy je uwzględniać. Trudno bowiem przypuścić, aby przypadek tak zrządził, żebyśmy bez wyboru na same podobne chore natrafili. Może ktoś uczynić zarzut, że to nie były przypadki prawdziwéj blednicy, tylko że stan podobny do blednicy *(pseudochlorosis)* rozwinął się na tle choroby żołądka, podobnie jak się rozwija obraz niedokrewności złośliwéj na tle zaniku błony śluzowéj żołądka. Ze względów praktycznych byłoby to samo, bo wszystkie te przypadki przedstawiały obraz ten, jaki w praktyce blednicą nazywamy i jako takie leczymy.

Kończąc sprawozdanie nasze, wypowiadamy zdanie, że w wielu przypadkach, które nazwą blednicy oznaczamy, znajdujemy zboczenia, jużto w mechanizmie, jużto w chemizmie trawienia i że leczenie przeciwko nim zastósowane do szybszego i lepszego wyniku doprowadzi, niż szablonowe podawanie przetworów żelaza.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1891 Nr. 34.

Kraków, 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.